

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 décembre 1886.

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

J. RIBET

Né à La Réole.

DES

LIPOMES INTRAMUSCULAIRES

Président, M. le professeur DUPLAY.

Juges : MM. { BROUARDEL, professeur.
 { RICHELLOT, agrégé.
 { HALLOPEAU, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, Rue de l'École-de-Médecine. 13

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886.

THÈSE

N°

60

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 décembre 1886

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

J. RIBET

Né à La Réole.

DES

LIPOMES INTRAMUSCULAIRES

Président, M. le professeur DUPLAY.

*Juges: MM. { BROUARDEL, professeur.
 { RICHELLOT, agrégé.
 { HALLOPEAU, agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCL. RD.

Professeurs.....

MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	DAMASCHINO.
Anatomie pathologique.....	GUYON.
Histologie.....	LANNELONGUE.
Opérations et appareils.....	CORNIL.
Pharmacologie.....	MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.....	DUPLAY.
Hygiène.....	REGNAULD.
Médecine légale.....	HAYEM.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	TARNIER.
Clinique médicale.....	LABOULBENE.
Clinique des maladies des enfants.....	VULPIAN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	G. SEE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	HARDY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	POTAIN.
Clinique chirurgicale.....	JACCOUD.
Clinique ophthalmologique.....	GRANCHER.
Clinique d'accouchements.....	BALL.
	FOURNIER.
	CHARCOT.
	RICHEL.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
	PANAS.
	PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GARIEL.	LUTZ.	RIBEMONT.
BOUILLY.	GUEBHARD.	PEYROT.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANOT.	POUCHET.	RICHEL.
CHARPENTIER.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	ROBIN Albert.
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
chef des tra-	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
vaux anato-	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIERS.
miques.	LANDOUZY.	REYNIER.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR S. DUPLAY

Professeur à la faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.
Chevalier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550201_0022

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

M. DUMONTPALLIER

Médecin de l'Hôpital de la Pitié,
Officier de la Légion d'honneur,
(Pitié-Externat 1883).

M. A. SEVESTRE

Médecin de l'Hôpital des Enfants assistés,
(St-Antoine. — Externat 1884).

M. A. LE DENTU

Professeur agrégé à l'Ecole de médecine,
Chirurgien de l'Hôpital St-Louis,
Chevalier de la Légion d'honneur,
(St-Louis. — Externat 1885).

M. R. MONTARD-MARTIN

Médecin de l'Hôpital Tenon,
(Tenon. — Externat 1885).

M. BOUILLY

Professeur agrégé à l'Ecole de médecine,
Chirurgien de la Maternité de l'Hôpital Cochin.

M. AUVARD

Accoucheur des Hôpitaux.
(Cochin. — Externat 1886).

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE LE D^r C. CATELLAN

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

DES LIPOMES INTRAMUSCULAIRES

INTRODUCTION

Le lipome, dont le siège de beaucoup le plus fréquent, se trouve être dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui existe aussi assez souvent dans les interstices celluluxinter-musculaires, n'a cependant point été observé que là : On l'a vu se développer dans les glandes, sous les muqueuses, dans le tissu osseux, et depuis environ une vingtaine d'années, on sait qu'il peut prendre naissance dans l'épaisseur même des muscles, au milieu des fibres musculaires elles-mêmes. Quoique rare, le fait existe réellement, et c'est cette rareté même qui nous a conduit à rechercher les cas épars dans la science, à les réunir, à en faire un travail d'ensemble, comme sujet de notre thèse inaugurale.

Les incertitudes paraissent grandes encore, surtout en ce qui touche à la symptomatologie et au diagnostic, et il nous a fallu nous lancer un peu dans la voie des hypothèses : mais cela n'est-il pas permis jusqu'à un certain point ? En tout cas, les faits que nous avons pu recueillir, et qui se trouvent cités comme observations à la fin de cette thèse, ceux dont les auteurs anglais, français et allemands parlent sans toutefois en donner le détail sont

assez nombreux, pour qu'il nous soit permis d'espérer voir les lipomes intra-musculaires prendre place dans le cadre nosologique des tumeurs des muscles, et cela, non plus seulement à titre de pure variété anatomo-pathologique. C'est qu'en effet, le lipome intra-musculaire, quoique rare d'une façon absolue, existe plus fréquemment qu'on ne le croit, pour que nous puissions dire qu'en face d'une tumeur développée dans l'épaisseur d'un muscle, le diagnostic de sa nature doive se poser surtout, entre l'une ou l'autre de ces variétés, gomme, abcès froid, kyste hydatique, hernie musculaire, angiome ou lipome.

Si donc, étant donné une tumeur diagnostiquée intra-musculaire (nous verrons plus loin quels éléments nous serviront à poser ce premier diagnostic) nous avons contribué dans ce modeste travail à mettre en éveil l'attention des chirurgiens sur la possibilité de sa nature lipomateuse, si, de plus, nous avons réussi à fournir quelques indices capables d'éclairer le diagnostic, nous croirons avoir atteint le but que nous nous sommes proposés, persuadés que même très incomplets, les faits que nous avons pu réunir, pourront un jour peut-être être utiles aux observations futures.

Mais avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis d'adresser ici nos remerciements à tous nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Dumontpallier, Sevestre, Le Dentu, R. Moutard-Martin, Bouilly, Auvard, à MM. les médecins et chirurgiens avec lesquels nous avons été appelés à faire le service du Bureau central d'admission, pour la bienveillance qu'ils ont toujours mise à nous guider dans nos études, et dont les conseils éclairés ne nous ont jamais fait défaut.

Que notre excellent confrère et ami le Docteur Fr. Villar, ancien interne des hôpitaux, à qui nous devons le sujet de cette thèse et dont les avis nous ont été si précieux pour mener à bonne fin ce travail ; que notre ami Testaz dont la connaissance approfondie de la langue allemande nous a permis de faire figurer dans ce travail une importante observation, reçoivent ici l'expression de notre vive gratitude.

Qu'il nous soit enfin permis d'adresser nos remerciements respectueux à monsieur le Professeur Duplay, pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

DIVISION

Après un court exposé historique de la question, après quelques considérations sur la genèse du lipome intramusculaire, nous nous attacherons surtout aux chapitres des symptômes et du diagnostic : quelques mots sur la marche, le pronostic et le traitement termineront cette étude.

Mais pour qu'il n'y ait pas de confusion possible, nous tenons à faire remarquer dès le début, qu'il ne s'agira point dans ce travail de certaines substitutions ou dégénérescences graisseuses qui peuvent s'opérer dans les muscles, sous l'influence de troubles nutritifs (paralysie, atrophie, ankylose) : nous n'entendons nous occuper que du lipome néoplasme, ayant une vie propre, une structure spéciale caractéristique, et dont nous ne saurions ici entreprendre la description.

HISTORIQUE

Bien que plusieurs auteurs anciens aient signalé déjà comme possible, le développement intramusculaire du lipome, il faut bien reconnaître que les faits véritablement probants sont de date toute récente.

Jusque-là en effet, on s'était borné à des assertions plus ou moins hypothétiques, mais toujours sans preuves convaincantes. Maisonneuve dans sa thèse de concours (1) sur les tumeurs de la langue, se borne à signaler comme un des endroits les plus favorables au développement du lipome, le tissu cellulo-graisseux *intérieur*, de la langue : Nélaton (2) au contraire, dans une leçon faite à l'hôpital St-Louis sur les tumeurs syphilitiques des muscles, rejette, implicitement il est vrai, l'existence du lipome intramusculaire. « Les tumeurs des muscles, dit-il, sont « très limitées », et il ne cite que des tumeurs osseuses, l'encéphaloïde, les kystes hydatiques, des tumeurs fibroplastiques ou syphilitiques. Forster (3) ne parle que d'une façon peu positive des néoplasmes adipeux du cœur ; mais sir Paget (4) plus affirmatif rapporte que dans le musée de l'hôpital Middlesex se trouve une tumeur grasseuse

(1) Maisonneuve. Des tumeurs de la langue. Th. de concours, 1848.

(2) Nélaton. Gazette des hôpitaux, 1851, pag. 349.

(3) Forster. Anat. Path. 1853.

(4) Paget. Lectures on Surgical Pathology, t. II, p. 98, 1853.

longue d'un pouce et demi, qui fut extirpée de dessous la langue, et qui avait été prise pour une grenouillette ; et il ajoute qu'au Museum Collège il s'en trouve une prise dans la substance même de la langue. Un peu plus loin enfin, il rapporte que « M. Wormald enleva un lipome dont » les lobes distincts ou propagations passaient entre les « faisceaux du muscle trapèze, et se répandaient sous » lui étranglés par les fibres musculaires elles-mêmes. »

Dès ce moment les auteurs se montrent un peu plus explicites, et Cruveilhier (1) dit : « Que non seulement l'adipome peut se développer dans le tissu cellulaire inter-musculaire, mais aussi dans l'épaisseur même du muscle », et il ajoute qu'il a eu occasion d'en observer un exemple. Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu retrouver cette observation.

Alors paraissent en 1854 les observations de Laugier et Bastien (2) sur des lipomes de la langue, que nous nous bornons à signaler, car avec M. A. Desprès (3) et M. A. Hénocque (4) nous croyons qu'il s'agit là de lipomes sous-muqueux, et non de lipomes véritablement intra-musculaires : puis en 1856 l'observation d'Albers (5) de Bonn, que nous rapportons plus loin. Avec Lebert (6) la question reste en l'état, car cet auteur n'apporte qu'un seul cas, et encore ne pouvons-nous l'admettre comme probant. Il s'agit, en effet, d'une tumeur fibreuse de la

1. Cruveilhier. — Anat. Path., t. III, p. 309, 1836.

2. Bastien. — Bulletins, Société Anat., 1854.

3. A. Desprès. — Des tumeurs des muscles, th. du concours 1866.

4. A. Hénocque. — Dict. encycl. art muscle, 1876.

5. Albers. — Virchow's, Arch., t. X, p. 125.

6. Lebert. — Anat. Path., t. I, p. 125, 1857.

gros seur d'une bille de billard, développée dans les parois mêmes de l'utérus, qui était de toutes parts, surtout à la périphérie, mélangée avec un tissu jaune pâle, et terne, qui n'était autre que du tissu adipeux, et dans lequel le microscope fit découvrir les vésicules graisseuses caractéristiques.

S'agit-il là d'un lipome fibreux développé primitivement dans l'intérieur de l'utérus, comme semble l'admettre Lebert d'après le titre même de lipo-fibrome qu'il donne à son observation, ou bien d'un fibrome ayant subi à sa périphérie la dégénérescence adipeuse ? La question nous paraît difficile à trancher, et c'est pourquoi ne voulant rien préjuger nous citons le fait comme très peu probant. — Vers la même époque, en 1857, paraît la thèse de Perrotte, où nous trouvons l'observation de Michon, que nous rapportons plus loin, et au sujet de laquelle nous aurons à présenter quelques réflexions. Malgré tout, on le voit, la question reste toujours très indécise, au point que M. A. Desprès (1), dans sa thèse de concours, croit pouvoir affirmer que « Jamais il n'y a eu de lipome « dans la gaine d'un muscle. » Virchow (2), de son côté, reste encore sur la réserve, et dans son traité des tumeurs, voici comment il s'exprime. « Il est une autre catégorie de tissus prédisposés à la formation de la graisse ; le tissu connectif interstitiel des muscles, certains muscles même, et en particulier ceux de la langue et du cœur y sont particulièrement prédisposés : c'est, il est vrai, ordi-

1. Desprès. — Loc. citat.

2. Virchow. — Traité des tumeurs, trad. Paul Aronshn, t. I, p. 369.

nairement une infiltration diffuse, mais parfois aussi on trouve de véritables lipomes. Il n'est pas rare de trouver dans le cœur de petits lobules de graisse, aussi bien entre les fibres musculaires qu'à la surface de l'organe sous l'endocarde. » Et il cite les faits d'Albers et de Klob.

Nous voici enfin arrivés à une époque où vont se produire des faits réellement très-positifs. En 1866, M. Carbonel, interne de M. Follin, publie un cas que nous rapportons plus loin : Broca parle d'un lipome développé dans l'extenseur commun des doigts. En 1873, M. Pitres, en 1876, MM. Remy, Monod, Farabeuf, en font connaître plusieurs observations.

Signalons encore les faits dont parle Wolkmann (lipome développé dans le muscle demi-membraneux), celui de Féré que l'on trouvera parmi les observations contenues dans cette thèse, les articles des deux dictionnaires, et ceux des livres classiques récemment parus, dans lesquels l'existence du lipome intra-musculaire paraît définitivement démontrée ; et enfin pour terminer l'excellent rapport fait par M. S. Pozzi (1) à la société de chirurgie, à propos de l'observation de lipomes de la langue par M. Cauchois.

« Parmi les lipomes linguaux, dit M. S. Pozzi, les uns
« paraissent siéger sous la muqueuse, les autres plus
« profondément dans les travées du tissu conjonctif qui
« séparent les couches musculaires et suivent les vais-
« seaux et les nerfs ; mais existe-t-il une 3^e classe de
« lipomes de la langue caractérisés par la dissémination

3. Bulletin, Société chirurgie, 1883, p. 572.

« de vésicules graisseuses non plus entre les muscles
« eux-mêmes, mais entre leurs faisceaux primitifs, non
« plus inter-musculaires, mais intra-musculaires ? L'ana-
« tomie générale semble nous le faire prévoir. Du reste,
« ajoute-t-il, si les lipomes intra-musculaires n'existent
« pas à l'état de pureté et de simplicité, nul doute que
« cette variété ne se combine parfois avec la précédente
« (inter-musculaire). C'est justement de cette alliance que
« paraît provenir le lipome de M. Cauchois. »

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Dans ce chapitre que nous consacrons à l'étiologie et au mode pathogénique du lipome intra-musculaire, nous n'avons point l'intention de passer en revue toutes les causes auxquelles on attribue généralement l'apparition du lipome superficiel. Elles sont très obscures dans les deux cas.

Remarquons, cependant que c'est dans un âge avancé, dont nous pourrions fixer les limites entre 45 et 65 ans, que s'est montré le néoplasme ; mais signalons aussi à ce propos et pour être complets, bien qu'il s'agisse de tumeurs sous-muqueuses, le fait de Mason (1) qui rapporte l'observation de 3 tumeurs lipomateuses de la langue, d'origine congénitale.

Le lipome intra-musculaire s'est aussi développé plus souvent chez l'homme que chez la femme (6 fois chez l'homme, 3 fois chez la femme d'après nos observations) ; c'est ce qui nous fait accorder une influence marquée au sexe, à raison très probablement, des fatigues et des travaux plus pénibles auxquels les hommes sont soumis.

Le traumatisme auquel on attribue si souvent, et avec juste raison, la genèse de certaines tumeurs, n'a été noté qu'une seule fois, comme ayant donné lieu à l'apparition

1. Mason. The Lancet, 7 nov. 1863.

rition du lipome intra-musculaire (Obs. VII, Ch. Monod). C'est là un point d'étiologie qui nous sera d'un utile secours pour le diagnostic du lipome et du kyste hydatique des muscles, car sur 31 observations de kystes hydatiques, Ch. Audiat (1) signale 28 fois le traumatisme, comme ayant déterminé d'une façon positive, l'apparition du kyste, chez des individus réunissant d'ailleurs, toutes les conditions nécessaires au développement des hydatides.

Mais il est une autre cause, la plus active selon nous, celle que nous serions tentés de considérer comme unique, qui préside à l'éclosion du lipome intra-musculaire et qui résulte de la constitution anatomique et du fonctionnement physiologique du muscle.

Dans tout muscle strié en effet, comme du reste dans le muscle cardiaque (les deux seuls dont nous nous occuperons, laissant de côté les muscles à fibres lisses), à côté de l'élément propre les fibrilles musculaires qui, réunies en faisceaux, forment les faisceaux primitifs, lesquels formeront à leur tour les faisceaux secondaires, on trouve, entourant ces faisceaux secondaires et leur servant de gaine, des travées très déliées de tissu conjonctif ou perimysium interne, dans lesquelles, suivant le regretté professeur Ch. Robin, se montrent en assez grand nombre des vésicules adipeuses (1). Au moment de la contraction musculaire, ces travées de tissu conjonctif sont froissées, tirillées, et nous retrouvons ici, applicable à la pathogénie du lipome intra-musculaire,

1. Ch. Audiat. Des kystes hydatiques des muscles. Th. de Paris, 1886.

Ch. Robin, Dict. encyclop. Art. adipeux.

une des causes les plus fréquentes du développement du lipome superficiel, c'est-à-dire les pressions lentes et répétées du tissu cellulaire. C'est en effet, dans l'épaisseur des muscles dont le fonctionnement est le plus actif qu'on l'a observé (voir obs.).

Pour terminer enfin, notons, sans y attacher plus d'importance qu'il ne convient, que le malade porteur de 2 lipomes symétriques de la langue et qui fait l'objet d'une de nos observations, était tuberculeux.

SYMPTOMATOLOGIE

Les signes symptomatologiques propres, auxquels donne lieu l'existence d'un lipome intra-musculaire, n'ont rien de bien nettement caractérisé, et rien n'est plus insidieux, plus obscur, que le début de l'affection qui nous occupe. Le plus souvent, si nous nous en rapportons aux observations citées plus loin, le mal demeure inaperçu, latent, jusqu'à ce qu'un peu de gêne, certains troubles fonctionnels, viennent en révéler la présence : quelquefois même ils sont si peu accusés, que le malade s'aperçoit seulement par hasard de l'existence d'une tumeur, en passant la main sur la région atteinte. Ces troubles fonctionnels varient nécessairement avec le siège du mal : ils n'ont rien de pathognomonique ; troubles de la mastication, de la déglutition, de la parole même, pour la langue, angoisse précordiale, palpitations pour le cœur, quelquefois gêne de la marche, quand la tumeur occupe le membre inférieur, il n'y a rien là, en effet, de bien caractéristique.

Le siège du néoplasme nous paraît, au contraire, un des signes les plus importants, et on sait que nous avons particulièrement insisté, quand nous avons parlé de la pathogénie du lipome intra-musculaire, sur les conditions anatomiques et physiologiques qui président, selon nous, à sa détermination. Le plus souvent, en effet, c'est dans

l'épaisseur des muscles dont le fonctionnement est le plus actif, qu'on a vu se développer le lipome intra-musculaire.

A la cuisse. — { Couturier.
Vaste interne.
Demi-membraneux.

Au bras. — Biceps.

A la main. — Muscles de l'éminence thénar.

A la langue.

Au cœur.

Aussi, nous ne croyons pas nous lancer trop avant dans la voie des hypothèses, en disant qu'une tumeur, réunissant d'ailleurs d'autres caractères objectifs, étant constatée dans un des points que nous venons de mentionner, on devra toujours songer à l'existence d'un lipome.

Ordinairement la tumeur est unique ; et, à ce propos, nous ne saurions ici ne pas rapprocher cette manière d'être du lipome intra-musculaire, de celle du lipome superficiel, dont le nombre est parfois si considérable qu'on a voulu rattacher son étiologie à une prétendue « diathèse lipomateuse ». Nous citons deux cas cependant, dans lesquels la tumeur était double et symétrique, ce qui n'a pas lieu de nous étonner, en raison même du mode pathogénique auquel nous accordons la plus grande influence dans la production du lipome intra-musculaire.

De forme oblongue ou ovoïde, mais toujours en rapport avec la direction des fibres musculaires, le lipome intra-musculaire présente avec des bosselures marquées, des traces manifestes de lobulation. Bien qu'on ait observé des lipomes qui n'en avaient pas la moindre trace et dont la forme, au contraire, était uniformément régulière, ce

caractère nous paraît devoir être considéré comme très important.

Son volume est variable. Tantôt de la grosseur d'une amande, d'un œuf de poule, tantôt de celle du poing, il peut acquérir parfois d'assez grandes dimensions (2590 gr.), ce qui viendrait à l'appui de l'opinion de M. A. Desprès, à savoir que le lipome volumineux et unique, siège rarement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais plutôt au-dessous de l'aponévrose. Il nous paraît toutefois que l'on peut poser comme règle, que la grosseur du lipome intra-musculaire dépasse rarement celle d'une amande ou d'un œuf de poule.

La consistance, de laquelle il semble tout d'abord qu'on pourrait tirer les meilleurs signes, est extrêmement variable, et a donné lieu à bien des erreurs de diagnostic (Voir Diagnostic, cas de Forget). On ne doit donc y attacher qu'une importance relative. Le plus souvent néanmoins la consistance du lipome intra-musculaire est élastique et donne lieu, non pas à une fluctuation franche, mais à une pseudo-fluctuation, rappelant celle des tumeurs fongueuses. C'est là ce qui nous paraît être la règle ; mais rappelons qu'en raison même de la constitution histologique normale du lipome, on peut, dans certains cas, à côté de points de consistance molle ou demi-molle, trouver d'autres parties d'une dureté très grande.

Elasticité, résistance, si le tissu fibreux est en grande abondance dans la tumeur ; mollesse et fluctuation, si le tissu cellulo-fibreux est peu développé : tels sont les

deux termes entre lesquels variera la consistance du lipome intra-musculaire.

La crépitation, que l'on a constatée quelquefois dans les lipomes superficiels, n'a jamais été observée dans le cas de lipomes intra-musculaires. C'est là un fait important au point de vue du diagnostic différentiel avec certains kystes synoviaux. Dans l'observation de lipome de l'éminence thénar, rapportée par M. Pitres, on conçoit sans peine de quelle valeur aurait été l'existence de ce symptôme : s'il avait existé, il aurait à lui seul contribué à faire faire le véritable diagnostic.

Mais tous ces caractères, ceux surtout inhérents à la consistance du lipome, changent, cela se comprend facilement, suivant que le muscle est en état de contraction ou au repos. Saillante et plus dure, lorsque le muscle se contracte, la tumeur disparaît à peu près à la vue, et reprend ses caractères primitifs de mollesse, lorsque le muscle entre dans le relâchement : mais il est néanmoins toujours possible de constater sa présence. Enfin ces caractères de la consistance du lipome intra-musculaire varieront encore, suivant que la tumeur sera plus ou moins profondément placée dans l'épaisseur du muscle.

A quelque période de l'évolution de la tumeur qu'on l'examine, la peau conserve toujours sa mobilité : son aspect extérieur reste le plus souvent normal, bien que parfois on ait observé, au niveau du néoplasme, une circulation collatérale veineuse plus active.

Le lipome intra-musculaire ne donne jamais lieu à aucun symptôme douloureux ; il n'y a le plus ordinairement qu'un sentiment de gêne, de distension, de

pesanteur, mais sans douleur véritable. C'est qu'en effet le lipome étant, dans la majorité des cas, composé d'éléments extrêmement compressibles par eux-mêmes, ne doit donner lieu à aucun phénomène d'étranglement, et on sait aujourd'hui, depuis que M. le professeur Verneuil a attiré l'attention sur ce point (1), que les tumeurs, quelles qu'elles soient, ne sont pas douloureuses par elles-mêmes, mais seulement par les phénomènes de compression nerveuse qu'elles déterminent dans leur voisinage.

Disons enfin pour terminer que jamais on n'a observé d'engorgement ganglionnaire, que jamais l'état général du malade n'a paru être influencé d'une manière fâcheuse par l'existence d'un lipome intra-musculaire.

Lorsque le lipome siège dans l'épaisseur du muscle cardiaque, aucun signe bien net n'en révèle la présence, et nous sommes obligés de nous en tenir aux hypothèses. Albers de Bonn, croit que les battements du cœur doivent être plus forts, et aussi qu'il doit y avoir des modifications importantes dans les phénomènes d'expansion du cœur et dans le timbre des bruits cardiaques.

Tels sont les caractères qu'affecte ordinairement le lipome intra-musculaire ; nous le répétons, ils n'ont rien de pathognomonique.

Anatomie pathologique. — L'Etude histologique n'a jamais révélé rien de spécial au lipome intra-musculaire. Cependant, et nous avons déjà eu occasion de le faire remarquer, c'est surtout à des fibro-lipomes qu'on a à

1. Verneuil. — Communication faite au Congrès pour l'avancement des sciences. Nancy, 1883,

faire : même à l'état lipomateux pur, le néoplasme paraît être plus riche en cloisons fibreuses que le lipome superficiel. Une seule fois on a constaté une légère atrophie des fibres musculaires, justement dans un cas de fibrolipome, ce qui s'explique facilement par la consistance plus grande qu'avait acquis le néoplasme. Il est de toute évidence, en effet, qu'une tumeur molle, causera sur les tissus environnants une compression beaucoup moins marquée, qu'une tumeur de consistance plus dure. L'état des vaisseaux n'a jamais paru altéré ; il ne serait cependant pas impossible, croyons-nous, de voir se produire un léger degré de varicosité des veines : Lisfranc dans ses cliniques, cite un cas dans lequel le néoplasme adhérait au paquet vasculo-nerveux, et cette observation pourrait peut-être bien se rapporter à cette variété de tumeurs lipomateuses, signalées par M. S. Pozzi, et qui seraient à la fois inter et intra-musculaires.

Marche. — Comme pour le lipome superficiel, le développement du lipome intra-musculaire se fait avec une extrême lenteur. Il y a cependant des exceptions, et de même qu'on a vu des tumeurs graisseuses superficielles, acquérir en moins d'une année un volume assez considérable, de même on peut voir des lipomes intra-musculaires prendre tout à coup, et sans causes bien appréciables, un développement très-marqué. Nous rapportons une observation (Obs. VII) dans laquelle, l'accroissement rapide de la tumeur, avait pu en imposer pour une tumeur maligne.

Mais le plus ordinairement, la tumeur s'arrête dans sa marche pendant plusieurs mois et même plusieurs années.

Souvent elle reste définitivement stationnaire, mais souvent aussi elle recommence à faire des progrès sous une influence quelconque : C'est ainsi que Blaës parle d'un lipome qui augmentait de volume à chaque époque menstruelle.

Ces dernières considérations s'appliquent il est vrai, au développement du lipome superficiel, et n'ont rien qui soit propre à la marche du lipome intra-musculaire. Mais les caractères distinctifs des deux tumeurs sont-ils si tranchés que nous ne puissions invoquer pour les unes, ce que tout le monde considère comme démontré pour les autres ? Nous ne le pensons pas, et c'est pourquoi, le lipome intra-musculaire étant histologiquement semblable au lipome superficiel, nous ne croyons pas aller trop avant dans la voie des hypothèses, en lui assignant une marche à peu près identique à celle du lipome superficiel.

DIAGNOSTIC

Avant d'entrer dans la discussion du diagnostic lui-même, il est un premier point que nous devons élucider, celui de savoir comment il sera possible de reconnaître que la tumeur est véritablement intra-musculaire.

Les tumeurs des muscles, dit M. A. Desprès (1), ont un caractère général qui domine toute leur histoire. Outre qu'elles affectent toujours un siège en rapport avec la direction et la forme d'un muscle, elles se présentent avec un caractère type qui n'a pas échappé à Dupuytren, Nélaton et Denonvilliers.

S'il s'agit, en effet, d'une tumeur située dans un muscle du membre, elle accompagne le muscle dans ses mouvements.

Warren (1) jugeait excellent le signe suivant : Lorsque les muscles sont mis dans le relâchement la tumeur est très-mobile dans le sens latéral ; dans l'extension elle reste dure et fixe.

Bérard et Denonvilliers s'expriment ainsi : « On reconnaît qu'une tumeur est liée à un muscle, par les variations de mobilité et d'immobilité qu'elle présente, selon que les fibres charnus qui l'emprisonnent sont dans le relâchement ou dans un état de contraction qui les rend

1. Loc. citato.

1. Warren. — On tumours. 1839, p. 64.

« tout à fait fixes et rigides. On peut même s'assurer que
« la tumeur n'est pas seulement adhérente au muscle,
« mais qu'elle se trouve placée dans son épaisseur, lorsque
« sa surface facile à explorer pendant l'état de repos dis-
« paraît tout à coup et semble se cacher derrière des
« bandes résistantes quand le muscle entre en contrac-
« tion.... »

Ce premier diagnostic étant fait à l'aide des signes que nous venons d'énumérer, la tumeur se trouvant, à n'en pas douter, dans l'épaisseur du muscle, il nous faut voir maintenant à quelle variété de tumeur musculaire nous avons à faire.

Ici les difficultés sont grandes : nous n'en voulons pour preuves que les nombreuses erreurs de diagnostic qui ont été commises. Tout le monde connaît le fait suivant de Forget (1), qui, ayant diagnostiqué chez un malade porteur d'une tumeur siégeant dans le tissu musculaire un kyste hydatique dont il avait pratiqué l'extirpation, conserva une portion de peau à la surface de la tumeur, celle qui correspondait à la disposition mamelonnée qu'il avait observée, et présenta la pièce à la société de chirurgie. L'examen fait par plusieurs membres de la société fut en faveur d'un kyste hydatique contenant un liquide de résistance variable : mais l'incision de la tumeur montra qu'il s'agissait en réalité d'un lipome dont le tissu était mou et diffluent.

Quoiqu'il en soit, et si nous rapprochons les signes symptomatologiques auxquels donne lieu le lipome intra-

1. Forget, Bull. Soc. chirurgic., 1850. 13 novembre.

musculaire, de ceux que fournissent les autres tumeurs des muscles, nous arrivons à conclure que le diagnostic doit surtout être fait entre les diverses tumeurs musculaires suivantes : hernie musculaire, abcès froids, hématomes, sarcomé encephaloïde ou fibro-plastique, et kystes hydatiques.

Il ne nous appartient point ici de nous étendre sur la pathogénie des hernies musculaires. Ce qui paraît résulter des rapports si remarquables faits par M. Farabeuf à la Société de chirurgie (1), c'est que : « la plupart des hernies musculaires observées, sinon toutes, étaient des hernies, ou plutôt des dilatations aponévrotiques, brusques ou lentes de la gaine d'un muscle, préalablement rompu en totalité ou en partie. » Nous ne saurions aller aussi loin que M. Farabeuf, car, désireux de n'envisager que le point clinique et diagnostique, nous sommes tenus d'admettre deux sortes de hernies musculaires, l'une ayant pour cause efficiente une rupture musculaire préalable, l'autre se produisant par simple déchirure de la gaine aponévrotique d'un muscle sous l'influence d'une pression intra-aponévrotique trop forte. C'est qu'en effet, tandis que, dans ce dernier cas (hernie par simple déchirure aponévrotique), il suffira de mettre le muscle en état de distention passive ou de tension active, pour voir disparaître la tumeur qui se montrait à l'état de repos complet du muscle, ce qui, évidemment, fera rejeter l'idée d'un lipome intra-musculaire, les choses seront tout autres si la hernie est consécutive à une rupture

1. Société chirurg., 1883.

musculaire. Dans ces conditions, la tumeur molle, pseudo fructuante comme le lipome, reste appréciable au palper, même pendant le repos du muscle, et tout comme lui devient plus saillante et plus dure pendant sa contraction. Pour arriver au diagnostic, alors, outre les commémoratifs (violente douleur ressentie au moment de la rupture musculaire), on aura ce fait bien mis en lumière par M. Bousquet dans une observation, à savoir, que la tumeur se déplace, remonte pendant la contraction musculaire, laissant au-dessous d'elle une longue gouttière correspondant à la partie vide de la gaine aponévrotique, ce qui ne se présente point dans le cas de lipome intra-musculaire.

Les abcès froids des muscles sont très rares, et il est probable qu'à part les abcès par congestion qui sont très communs, surtout dans la gaine du muscle psoas, on n'a jamais eu à faire qu'à des abcès gommeux. (A. Desprès). Il faut songer néanmoins à leur possibilité, et alors outre les symptômes fournis par l'état général du sujet (adénopathies multiples) on aura suivant Denonvilliers un élément certain de diagnostic, dans l'enfoncement de la tumeur pendant la contraction musculaire.

Les tumeurs hématiques des muscles sont de deux sortes, suivant qu'on les examine alors qu'elle sont récemment développées, ou bien qu'elles datent de quelque temps.

Les tumeurs hématiques récentes, donnent lieu à une tuméfaction pâteuse, diffuse, plus ou moins étendue, et toujours dans la direction du muscle (Desprès). Rarement elles donnent lieu à une ecchymose ; il faudrait pour cela

que la gaine du muscle eût été rompue. Le diagnostic en sera relativement assez facile en remontant aux antécédents s'il s'agit d'un traumatisme, ou bien en considérant l'état général du sujet au moment où se montre la tumeur. Ainsi la disposition aux hémorrhagies dans le cas de fièvre grave, de scorbut (Desprès).

Les hématomes anciens, sont généralement enkystés, et le diagnostic en est très difficile. On ne peut guère se baser pour le faire que sur un signe rapporté dans une observation de MM. Velpeau et Trélat. Il consiste, en « une sensation de craquement analogue à celle que produirait une mince lamelle osseuse qui se briserait profondément. » Du reste, les hématomes anciens ont une dureté beaucoup plus grande, que le lipome.

Il y a six cas véritables de tumeurs érectiles des muscles, car les angiomes de la langue et des lèvres, le plus souvent congénitaux, sont presque toujours sous-musculaires et ne s'étendent que consécutivement aux masses musculaires. Ces tumeurs se montrent toujours avec les caractères des tumeurs érectiles artérielles, étendues aux parties profondes, ou avec ceux des tumeurs érectiles veineuses : Le plus souvent ils constituent une découverte d'amphithéâtre. Le seul signe sur lequel devra se baser le diagnostic est la réductibilité de la tumeur sous une pression légère.

Pour ne pas l'avoir cherché, Legros-Clark a pensé dans un cas avoir à faire à un lipome. Les autres signes, inhérents aux angiomes, battements, souffles, volume augmentant pendant les efforts, sont le plus souvent trop peu marqués pour que nous les donnions comme très-

utiles : Il faudra néanmoins ne pas négliger de les rechercher.

Il n'est du reste pas rare, de trouver dans les muscles des tumeurs fibro-graisseuses revêtant à la fois les caractères des angiomes et du lipome.

C'est ainsi que Campbell de Morgan cité par Broca (1), dit avoir vu une tumeur fibro-graisseuse située dans l'épaisseur des muscles du jarret, au milieu de laquelle il y avait de petites cavernes et du tissu spongieux : des phlébolithes existaient dans quelques-unes de ses cavités. La tumeur n'était pas pulsative et existait depuis la naissance. Mais il faut bien se garder de confondre le lipome avec ces *nœvus* lipomateux, qui sont tout simplement des tumeurs érectiles envahies par la graisse.

Il est des régions, enfin, le pli de l'aîne, par exemple, où un lipome intra-musculaire pourra parfois en imposer pour un anévrysme. En ce point, en effet, et s'il se trouve dans l'épaisseur du muscle conturier, le néoplasme pourra être animé de mouvements d'expansion : le diagnostic sera alors délicat. On pourra néanmoins, en pareille circonstance, mettre à profit le retard qu'éprouve toujours l'ondée sanguine du côté et au-dessous de la tumeur anévrysmale, comparativement à l'autre côté.

Les gommes des muscles sont des accidents de la syphilis tertiaire.

Elles ont été observées, le plus souvent, dans les mêmes muscles que les lipomes (langue, cœur, couturier, vaste interne, biceps), ce qui en rend le diagnostic

1. Broca. Traité des tumeurs T. I. Art. Lipome.

d'autant plus important, en même temps que plus délicat.

Ces tumeurs sont, en général, très longues à se développer. Dans la majorité des cas, elles s'accompagnent de douleurs très légères, passant souvent inaperçues, mais s'exagérant pendant la contraction musculaire, et aussi pendant la nuit (1). C'est là, quoique bien faible, un premier indice de diagnostic.

En même temps qu'elles augmentent de volume, elles se ramollissent le plus souvent, et donnent lieu alors à une sensation de mollesse en tout comparable à celle que procure le lipome. Elles atteignent, en général, le volume d'une grosse noix, prennent une forme régulièrement ovoïde et globuleuse et, comme le lipome, deviennent plus saillantes et plus dures pendant la contraction musculaire.

A cette époque de leur évolution, le diagnostic différentiel des gommès syphilitiques et du lipome intra-musculaire est des plus délicats, les caractères objectifs des deux sortes de tumeurs étant à peu près identiques dans les deux cas.

Les éléments du diagnostic devront être recherchés dans les antécédents morbides du malade. Parfois, une cicatrice indurée de la base du gland, ou même de la peau, quelquefois même un léger degré d'ostéopériostite exubérante d'un seul ou des deux tibias, mettront sur la voie du diagnostic ; mais le plus souvent la véritable pierre de touche du diagnostic sera le traitement antisiphilitique.

1. Lancereaux, Dict. Encycl. Art. Tissu muscul.— Bouisson, Gaz. méd., 1864.

Si le traitement par l'iodure de potassium a eu une action sur la tumeur, si sous son influence elle a diminué de volume, la certitude est absolue, il s'agit bien de tumeur syphilitique. Enfin, et comme on ne saurait, en pareil cas, négliger les plus petits signes pouvant éclairer le diagnostic, on se rappellera que, tandis que le lipome intramusculaire est presque toujours unique, les gommes syphilitiques se montrent généralement en nombre assez considérable, notamment dans la langue, que, de plus, les lipomes intra-musculaires présentent toujours ou presque toujours un certain degré de lobulation, alors que les gommes syphilitiques ont une surface assez égale ; qu'enfin, ainsi que le rapporte Nélaton dans une observation, la couche sous-cutanée est moins souple, la peau perdant sa mobilité et ne pouvant être soulevée de manière à former un pli au-dessus de la tumeur, lorsqu'on la saisit entre les doigts. Lorsque la gomme est sur le point de s'ulcérer, le diagnostic devient des plus faciles ; la peau s'amincit et prend une coloration rougeâtre, violacée, caractéristique.

Les tumeurs cancéreuses primitives des muscles sont excessivement rares, et leur existence est encore aujourd'hui plus que problématique ; on en a rapporté cependant plusieurs observations qui ne nous permettent pas de nier leur existence d'une façon absolue. Nous admettons donc un cancer primitif des muscles : le plus souvent, cependant, les tumeurs cancéreuses des muscles sont secondaires.

En ce qui nous concerne, une tumeur cancéreuse primitive des muscles ne pourra donner lieu à des erreurs

de diagnostic, que tout autant qu'elle aura revêtu les caractères d'une tumeur encéphaloïde ou fibro-plastique, ou même ceux d'un cysto-sarcome. Dans une observation due à M. Demarquay et citée par Parmentier (1), il est dit qu'une tumeur cancéreuse, dont on put vérifier la nature, donnait lieu, au moins par places, à une sensation lipomateuse des plus nettes.

Dans ces conditions, on devra songer que les tumeurs cancéreuses se développent assez rapidement, que les ganglions lymphatiques du voisinage sont en général engorgés, que l'état général des malades est presque toujours influencé d'une manière fâcheuse, toutes choses qui ne s'observent point dans le cas de tumeur lipomateuse, et qu'enfin, comme le fait remarquer M. A. Desprès, « pour un très petit nombre de cancers dits des muscles, on n'a pu retrouver le signe caractéristique des tumeurs des muscles, la mobilité latérale dans le sens de la largeur ou dans le sens perpendiculaire à la direction de ses fibres pendant la contraction. » La cause en est certainement aux adhérences prématurées de la tumeur avec les parties voisines.

De plus, ajoute M. A. Desprès, si on a pu prendre un cancer fibro-plastique pour un lipome, au point de vue de la consistance, c'est à une époque où la durée de la maladie et l'accroissement rapide du cancer ne laissent plus aucun doute sur la nature du mal.

Dans le cas où l'on croirait avoir affaire à un encéphaloïde ramolli, on pourrait mettre à profit le moyen

1. Parmentier, Sur les lésions dites cancéreuses des muscles (Union médicale, t. XI, pag. 403, 1861).

suivant indiqué par Nélaton : Lorsqu'on introduit une aiguille à acupuncture dans un encéphaloïde ramolli et assez mou pour donner lieu à une fluctuation apparente, on peut aisément imprimer à l'extrémité profonde de l'aiguille qui est engagée dans la substance cérébri-forme, des mouvements de circumduction ; la même aiguille, introduite dans le lipome le plus mou, ne peut exécuter les mouvements, parce qu'elle est arrêtée par les tractus cellulux qui forment pour ainsi dire le squelette des tumeurs graisseuses.

On pourra en dernier lieu se baser sur ce que les tumeurs cancéreuses des muscles sont moins globuleuses que les lipomes, et ont des contours moins distincts et moins réguliers.

« Toutes les fois que vous trouverez une tumeur déve-
« loppée dans le corps d'un muscle, disait Nélaton, il y a
« de grandes probabilités pour que ce soit un kyste hy-
« datique. » C'est là peut-être aller trop loin, et de ce que les kystes sont une des tumeurs musculaires les plus fréquentes, on ne doit pas, selon nous, en conclure que toute tumeur musculaire est un kyste hydatique.

Le diagnostic différentiel du kyste hydatique d'un muscle et d'un lipome intra-musculaire, est extrêmement délicat, et l'erreur paraît inévitable à M. A. Desprès, « si
« le frémissement hydatique manque, s'il n'y a pas trace
« de fluctuation. » Dans ces conditions, et si l'on s'en tenait à ces deux signes seuls, il est fort probable que l'erreur serait infailliblement commise, car le frémissement hydatique fait si souvent défaut qu'une seule fois seulement Dupuytren put le percevoir, et que la fluctua-

tion peut, parfois ne pas exister. Il faut donc rechercher ailleurs les éléments du diagnostic, et bien que nous n'apportions ici aucun signe vraiment pathognomonique, nous croyons cependant qu'on peut, à la rigueur, arriver à différencier ces deux tumeurs musculaires qui réunissent si souvent les mêmes caractères.

On devra, selon nous, attacher une très grande importance au mode étiologique et pathogénique du lipome et du kyste ; se rappeler surtout que le traumatisme a paru, dans la majorité des cas, être la cause de l'existence d'un kyste hydatique, tandis que jamais on ne l'a noté comme ayant donné naissance à un lipome. On devra aussi tenir grand compte des mœurs et du milieu dans lequel vivait le malade : on sait, en effet, qu'en Islande, où les échinocoques sont très fréquents, les habitants vivent pêle-mêle avec leurs animaux domestiques, et ont des chiens dans l'intérieur de leurs habitations.

Les caractères immédiats des deux tumeurs, ne nous serviront guère ; cependant nous croyons pouvoir dire que presque toujours les kystes hydatiques sont multiples, que souvent la tumeur hydatique donne naissance à des douleurs parfois très vives, que le plus ordinairement elle présente une surface lisse, assez régulière, tandis que le lipome, nous l'avons déjà vu, est presque toujours unique, n'occasionne aucune douleur, et se présente le plus souvent avec des marques très nettes de lobulation.

La consistance des deux tumeurs est variable aussi, et nous n'en pourrions tirer rien de bien utile : on sait l'erreur commise par Forget et les membres de la Société de chirurgie. Rappelons néanmoins, que si la plu-

part du temps la tumeur hydatique présente une fluctuation des plus nettes, très souvent aussi elle ne donne lieu à aucune sensation de fluctuation en raison même de la distension excessive de la poche. Dans les cas de lipome intramusculaire, au contraire, on a pu presque toujours, au moins par places, trouver des traces de fluctuation. On pourrait peut-être dans ces cas (bien que nous pensions qu'il soit surtout applicable aux lipomes superficiels) essayer d'un moyen indiqué par Hénocque et qui consiste dans la réfrigération de la tumeur par la projection d'éther ou l'application de glace, réfrigération, qui a pour résultat de durcir le lipome tandis qu'elle reste sans action sur les autres tumeurs.

Parfois enfin l'état général du malade a paru devoir être mis en ligne de compte pour éclairer le diagnostic, et Cloquet allait même jusqu'à repousser l'idée d'un kyste hydatique, en présence de la « belle santé de son malade. »

Le diagnostic, on le voit, est des plus difficiles ; aussi le véritable criterium sera-t-il la ponction de la tumeur.

S'il s'agit d'un lipome, le plus souvent la ponction ne donnera lieu à aucun écoulement liquide ; on pourrait dans tous les cas y retrouver des vésicules graisseuses caractéristiques. Dans le cas de kyste hydatique au contraire, on verra s'écouler de la canule, un liquide clair, limpide, eau de roche, ne donnant pas de coagulation par la chaleur ou les acides, et dans lequel il sera possible de découvrir des membranes d'hydatides ou des crochets. Ce dernier fait aura une importance considérable, car parfois le liquide du kyste revêt de tels caractères qu'on ne saurait le distinguer du pus. M. le professeur Duplay a

rapporté un cas de kyste de la rate, dans lequel c'est par la présence des crochets d'Echinocoques qu'on put arriver à déterminer la véritable nature de cette collection d'apparence purulente.

PRONOSTIC

En principe, le pronostic du lipome intra-musculaire est des plus bénins. Il ne serait cependant pas impossible, croyons-nous, de voir un lipome intra-musculaire, être le point de départ d'accidents parfois très graves. Comme les lipomes superficiels, ils peuvent s'enflammer, et cela nous paraît d'autant plus admissible, que très souvent cette inflammation a paru tout à fait spontanée, et sous la dépendance d'un processus chronique (Broca). Cette inflammation dont le résultat sera la formation d'abcès très souvent gangréneux, aura, on le comprend, les plus graves conséquences.

C'est là, heureusement, un fait des plus rares, et le pronostic du lipome intra-musculaire, en reste malgré tout des plus bénins.

On a cru aussi, pendant longtemps, que les lipomes pouvaient se transformer en tumeurs cancéreuses, mais le seul cas qui se soit jamais présenté, et qui eut un retentissement énorme en raison de ce fait qu'il fut observé par Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, a été victorieusement combattu par Broca, qui a fait justice de cette théorie de la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes.

TRAITEMENT

Nous ne dirons que peu de mots du traitement.

Les moyens médicaux, fondants ou pommades de toutes sortes doivent être absolument proscrits comme n'ayant aucune action sur la tumeur.

Peut-être pourrait-on se servir de l'électricité sous forme de courants induits ou continus, et amener ainsi la disparition graduelle du lipome.

Les cas de guérison par cette méthode, d'un certain nombre de fibromes utérins, nous autorisent suffisamment, croyons-nous, à émettre une pareille hypothèse.

Mais le véritable traitement sera l'intervention chirurgicale, et le plus souvent c'est à l'extirpation par le bistouri qu'il faudra avoir recours.

L'opération ne sera jamais urgente d'une façon absolue, mais cependant on devra faire l'ablation de la tumeur le plus tôt possible en raison des accidents qui peuvent se produire et parce qu'on doit toujours craindre de la voir augmenter de volume.

On devra donc faire une incision suivant le grand axe de la tumeur et parallèlement à la direction des fibres musculaires au milieu desquelles se trouve le néoplasme. Cette incision, en général droite, n'intéressera que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On ouvrira ensuite la gaine du muscle et l'énucléation de la tumeur se fera

d'elle-même : on pourra, dans tous les cas, y aider avec le manche du bistouri. Si la tumeur présente des prolongements il faut, autant que possible, les extirper, car la récurrence serait à peu près inévitable (Obs. II).

Si, par cas, la tumeur présentait un abcès central, il faudrait l'inciser largement, le gratter au moyen d'une curette tranchante et laver soigneusement avec une solution phéniquée forte. On devra drainer la plaie et appliquer un pansement de Lister.

Dans le cas de lipome de la langue il sera bon, à cause de l'hémorrhagie, d'imiter la conduite de M. Follin et de se servir de l'anse galvanique.

CONCLUSIONS

1° La fréquence relative du lipome dans l'épaisseur des muscles mérite qu'une place plus importante lui soit réservée dans le chapitre des tumeurs des muscles.

2° Le développement du lipome intra-musculaire résulte de la constitution anatomique elle-même et du fonctionnement physiologique du muscle.

3° Les muscles le plus souvent envahis sont, en effet, ceux dont le fonctionnement est le plus actif.

4° Le diagnostic, excessivement difficile, ne pourra être fait que d'après un ensemble de signes, aucun d'eux n'étant pathognomonique, et c'est surtout par exclusion qu'on pourra arriver à la vérité, en mettant à profit les diverses conditions pathogéniques des tumeurs des muscles.

5° La ponction exploratrice sera, dans bien des cas, la véritable pierre de touche du diagnostic.

6° Les lipomes intra-musculaires ne guérissent pas spontanément : peut-être pourra-t-on essayer de l'électricité pour amener leur disparition. — Le véritable traitement sera l'extirpation au bistouri, ou à l'aide de l'anse galvanique. La méthode antiseptique sera toujours appliquée dans toute sa rigueur.

OBSERVATION I

Lipome intramusculaire du cœur. — Athérome du bulbe aortique,
Par Albers de Bonn, in *Virchows Archiv*, t. X, p. 125, 1856

(due à l'obligeance de notre ami Testaz).

Homme de 77 ans.

Autopsie. — Cœur de volume moyen. Dans sa partie gauche il est accru d'environ deux pouces d'épaisseur. On y trouve une nodosité, une tumeur jaunâtre qui empiète sur cette portion augmentée de la cavité du cœur, et qui est située dans l'épaisseur de la pointe du cœur à l'extrémité inférieure de la cavité gauche. Elle dépasse d'environ 3 lignes $\frac{1}{2}$ le bord externe du cœur et fait une saillie assez marquée en avant. Elle a le volume d'un œuf de poule.

Indépendamment de cette tumeur, on voyait sur la surface même du cœur, sur le parcours des vaisseaux, des tractus blanchâtres ne pénétrant pas profondément, et enfin sur le bulbe de l'aorte, immédiatement au-dessous du *truncus anonymus*, une deuxième tumeur en tout semblable à la première, s'étendant de l'aorte jusqu'au cœur, et recouverte par le péricarde sans cependant lui adhérer. De pareilles travées blanchâtres, dans lesquelles on voyait nettement des gouttelettes graisseuses, se remarquaient dans l'*aorta descendens* et dans l'*arteria pulmonalis*, se prolongeant jusque dans le cœur.

En examinant ces deux tumeurs, voici ce qu'on observe :

La première, la plus grosse, celle de la pointe du cœur, était bien séparée des fibres musculaires cardiaques : même au microscope on ne pouvait voir aucune liaison entre les deux tissus. La surface blanchâtre et brillante de la tumeur, bien qu'enveloppée par des fibres musculaires, en était nettement

séparée, et en certains points la surface de séparation ressemblait beaucoup à du tissu *fibril*.

Avec un grossissement plus grand (300 fois) on voyait :

1° Des fibres minces, droites, ténues, rendues visibles par l'acide acétique, revenant sur elles-mêmes, et ayant entre elles des cellules plates. Elles ne se trouvaient qu'en peu d'endroits. A d'autres places, il y avait des fibres larges, en forme de rubans qu'on pouvait voir se diviser en fibres plus ténues. La tumeur recouverte par ces éléments musculaires était constituée dans sa plus grande partie par des vésicules adipeuses. Elles ne manquaient que là où dominait le tissu fibreux : cela se rencontrait surtout au centre de la tumeur, mais aux bords et à la base de la tumeur, il y avait des cellules graisseuses et de petites gouttes de graisse coupées de fibres fines, lisses, que l'acide acétique rendait visibles. L'éther faisait disparaître les vésicules adipeuses qui étaient plus petites que celles du tissu graisseux ordinaire. En pressant cette tumeur entre les doigts, on en faisait sortir de petites gouttes de graisse.

Des vaisseaux partent de la périphérie et surtout de la base de la tumeur pour pénétrer dans son épaisseur, surtout là où le tissu fibreux est richement développé. On ne trouve pas dans la tumeur de fibres musculaires.

La deuxième tumeur est formée par de la bouillie athéromateuse condensée à la périphérie : on y trouve en même temps que des gouttelettes graisseuses, des cristaux de cholestérine et des plaques calcaires.

La première de ces tumeurs est un pur lipome, et il faut bien se garder de la confondre avec les dépôts graisseux de la vieillesse.

L'historique de ce cas n'est pas connu d'une façon bien précise, la mort de l'individu, qui eut lieu à l'hôpital de Cologne, ayant été enregistrée sous la rubrique de sénilité.

OBSERVATION II.

Lipome de la cuisse. — Ablation.

Récidive : La nouvelle tumeur est Intra musculaire.

Par M. Michon, in thèse Perrotte. Paris 1857.

Mme V., blanchisseuse, 46 ans, mariée, ayant des enfants, jouissant d'une parfaite santé : elle n'a plus son père ni sa mère. ceux-ci n'ont rien eu d'analogue à l'affection dont elle est atteinte. La santé de la malade a toujours été satisfaisante.

Au mois de juillet 1816, elle s'aperçut en mettant la main sur la cuisse, qu'elle portait une grosseur dans cette région : à cette époque cette tumeur avait déjà le volume du poing. Notre malade effrayée va consulter M. Velpeau, puis M. Demaison, puis enfin M. Michon. La tumeur avait alors le volume de deux poings : Elle présentait ceci de remarquable qu'elle donnait à la main une sensation de fluctuation des plus trompeuses, au point que M. Velpeau penchait pour un abcès froid, et que M. Michon jugea prudent malgré son diagnostic de faire une ponction exploratrice : il ne sortit de la canule des trois-quarts que quelques lobules de graisse. L'opération faite le 1^{er} janvier n'offrit aucune difficulté : Ce lipome occupait son siège habituel c'est-à-dire le tissu cellulo-adipeux. L'examen de cette tumeur permit de constater qu'à son centre il existait un abcès contenant un pus phlegmoneux et entouré d'une véritable membrane pyogénique.

La malade quitte l'hôpital le 5 février 1847. La guérison fut complète pendant sept ans : mais en 1853, Mme V., s'aperçut qu'une nouvelle tumeur apparaissait au niveau de la cicatrice. Cette tumeur reconnue dès son début, ne cessa point de grossir, et le 6 mai 1855, la malade vint à l'hôpital, réclamer le secours

de l'art. C'est une femme d'un tempérament lymphatique; l'état général est cependant bon: la tumeur seule est incommode. Elle siège à la partie externe de la cuisse droite: sa forme est oblongue et son grand axe, parallèle à l'axe du membre. Elle est élastique et donne dans certains points à la main exploratrice, une sensation de mollesse approchant de la sensation de fluctuation: dans d'autres points au contraire, elle est très-dure, surtout à la partie supérieure. Cette tumeur présente dans toute sa longueur à son sommet, une cicatrice bien nette de deux travers de doigt, et d'une longueur de 0,25 centimètres: la peau qui recouvre la masse est sillonnée de veinules extrêmement fines, surtout à la partie postérieure. La longueur de la tumeur est de 0,32 centimètres, la longueur de 0,26 centimètres.

L'opération est pratiquée le 20 mai. On fait une longue incision ovolaire, comprenant dans son centre la cicatrice ancienne: Cette incision fait reconnaître que la tumeur est située sous l'aponévrose, car celle-ci apparaît avec son aspect blanc, nacré, mais elle est considérablement amincie. L'aponévrose enlevée avec la peau, on arrive sur une masse lipomateuse se présentant sous l'aspect d'une tumeur multiple pénétrant profondément entre les couches musculaires, ce qui rend l'opération extrêmement laborieuse, car il faut la poursuivre jusqu'au près du fémur, la détacher des gaines musculaires qu'elle a perforées, et enlever même quelques parcelles de muscles qu'elle a pénétrés en certains points. Du sang s'écoule en assez grande abondance, mais c'est plutôt une hémorragie en nappe, car une seule ligature est nécessaire.

Examen de la tumeur. — La tumeur est ovoïde et pèse 2.300 gr. Elle présente à sa partie externe une couche aponévrotique très-mince, et sur certains points des fibres musculaires qui semblent faire corps avec elle; elle est divisée en dix lobes, dont trois principaux, un médian, et deux extrêmes; chacun de ces lobes qui a à peu près le volume d'une tête de fœtus, est surmonté d'autres petits lobes en quantités considé-

nable. Les lobes extrêmes sont manifestement durs et formés par un tissu graisseux très dense ; le lobe moyen, au contraire, est d'une mollesse remarquable et constitué par une graisse presque liquide s'écoulant comme une huile très-épaisse de la trame cellulaire qui l'entourne. Avant d'avoir fait écouler le contenu de ce lobe moyen, on pouvait constater une sorte de fluctuation. Les bords de la plaie sont rapprochés à l'aide d'une bande roulée autour du membre et préalablement mouillée ; aucun accident ne survient et la malade sort de l'hôpital le 26 juin. La plaie est à peu près complètement cicatrisée : en avant de la cicatrice, le membre présente une saillie assez considérable correspondant au triceps, de telle sorte que la cuisse a perdu sa rotundité.

OBSERVATION III

Lipôme de la langue

Par M. Carbonel, interne de M. Follin (*Bulletin de la Société anatomique*, 1866, pag. 88).

Cette observation se trouve relatée dans le *Bulletin de la Société anatomique* et dans l'article *Langue* du *Dictionnaire encyclopédique* de Bouisson. Nous pouvons à peu près la reconstituer ainsi qu'il suit à l'aide de ces deux documents.

Il s'agit d'un homme entré à l'hôpital pour un phlegmon gangreneux de la main, et qui ne paraissait nullement s'occuper de sa tumeur. Développée depuis environ 22 ans, celle-ci occupait la partie latérale de la langue, un peu en arrière de la pointe, et se trouvait insérée par un large pédicule. Du volume d'un œuf, elle était jaunâtre, bosselée à droite, légèrement ulcérée à gauche. Elle occasionnait une projection très marquée de la langue en avant et rendait très difficiles la mastication et la parole.

M. Follin en fit le diagnostic, et résolut d'en faire l'ablation : il se servit de l'appareil galvano-caustique de Middeldorpf. En une minute, la tumeur fut enlevée sans hémorrhagie. Le microscope fit reconnaître l'existence d'un vrai lipôme recouvert par quelques fibres longitudinales de la langue et plus superficiellement par la muqueuse.

OBSERVATION IV

Lipome fibreux de l'éminence thénar

Par M. Pitres, interne des hôpitaux (*Bulletin de la Société anatomique*, 1873, pag. 521).

Mme X..., âgée de 60 ans, est entrée à la maison Dubois le 25 juin 1873 (service de M. Demarquay), pour se faire enlever une tumeur de l'éminence thénar du côté droit.

La malade raconte que, depuis 5 ans, elle éprouvait un peu de gêne et de lassitude dans la région malade. Elle n'a constaté l'existence d'une tumeur qu'au mois d'août 1872, c'est-à-dire il y a 10 mois. Depuis cette époque, la région thénar a subi un développement continu et assez rapide, car elle formait, lorsque la malade est entrée à l'hôpital, une saillie considérable qui rendait presque impossibles les mouvements d'opposition du pouce.

Les ligaments étaient tendus, mais ne présentaient aucune altération de structure. Ils paraissaient soulevés par une tumeur du volume d'un œuf de poule, occupant tout l'espace compris entre le premier et le deuxième métacarpiens : cette tumeur était lisse, sans adhérences, sans mouvements d'expansion ; elle était très molle et manifestement fluctuante, du moins à sa superficie, car en la déprimant avec force après l'avoir saisie entre l'index et le pouce, on sentait profondément un noyau résistant, légèrement bosselé, de consistance fibreuse.

ayant à peu près le volume d'une noisette. Aucune manœuvre ne provoquait de crépitation, comme on en observe souvent dans les kystes synoviaux ou même dans les lipomes.

Cette tumeur était indolente; par sa présence même, elle gênait mécaniquement les mouvements d'opposition du pouce, mais tous les autres mouvements étaient possibles. Aucune trace d'atrophie, aucune déformation des doigts, aucun trouble de la sensibilité. M. Demarquay pose le diagnostic de fibrolipome et annonça qu'il en pratiquerait l'extirpation le 28 juin.

L'opération fut pratiquée sans difficultés.

Une incision curviligne suivant toute la longueur du pli de flexion du pouce, mit les muscles superficiels de l'éminence thénar à découvert. Les muscles court fléchisseur et court abducteur du pouce furent écartés l'un de l'autre, et la tumeur vint faire hernie dans leur interstice, sous forme d'un peloton adipeux.

Elle était séparée des parties voisines par un tissu cellulaire lamelleux très lâche, ce qui permit de l'énucléer facilement sans faire usage du bistouri. A sa partie profonde, elle présentait un prolongement graisseux qui se dirigeait vers le deuxième métacarpien, mais qui ne paraissait pas avoir contracté d'adhérences avec l'os. Plusieurs artérioles furent liées et la plaie est aujourd'hui en bonne voie de guérison. La tumeur enlevée est lisse, d'une forme régulièrement arrondie, elle a une couleur jaunâtre et paraît constituée par de la graisse molle et presque diffuente.

Sur une coupe, on constate qu'elle est formée de deux tissus, d'aspect tout à fait différent. Au centre, on y voit un tissu ferme, sec, résistant, de consistance fibreuse, formé de tractus blancs, brillants, irréguliers, entrecroisés en tous les sens. Ce noyau central est enveloppé de tous côtés par une couche de graisse molle et diffuente de 6 à 8 millimètres d'épaisseur. Cette couche de graisse n'est pas simplement appliquée sur ce noyau fibreux, elle fait corps avec lui, les deux tissus se péné-

trent, de sorte qu'il existe une zone intermédiaire tenant des caractères de la graisse et de ceux du noyau fibreux.

L'examen microscopique fait sur des coupes pratiquées après durcissement dans l'alcool absolu et l'acide picrique, colorées au picrocarminate et montées dans la glycérine acidifiée a révélé les détails de structure suivants.

Au centre de la tumeur dans la partie qui a les apparences du tissu fibreux, on aperçoit au milieu du tissu conjonctif fibrillaire très serré, des faisceaux de fibres musculaires striées, à tous les degrés d'atrophies possibles. Les faisceaux sont écartés les uns des autres, irrégulièrement disséminés au milieu de la masse fibreuse. Les fibres musculaires appartenant à un même faisceau sont aussi dissociées, et plus ou moins atrophiées par l'interposition de larges travées fibreuses. A côté d'une fibre ayant conservé toutes les apparences de l'état normal, on en aperçoit d'autres qui n'ont plus que la moitié, le quart, le dixième du volume normal, et que l'on reconnaît facilement parce qu'elles sont plus colorées que le tissu conjonctif voisin et que leur striation transversale a persisté malgré leur atrophie. La zone périphérique de la tumeur est formée de tissu adipeux dont on peut suivre le développement aux dépens du tissu fibreux central. Il se forme dans ce tissu des îlots de cellules adipeuses qui repoussent les travées fibreuses et plus tard les font complètement disparaître en se substituant à elles.

Ce résumé de l'examen de la tumeur permet d'en faire le diagnostic anatomique. Il s'agit d'un fibrome développé dans un muscle et ayant subi à sa périphérie la dégénérescence adipeuse.

OBSERVATION V.

Lipome intra-musculaire

Par M. Farabeuf. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1876, p. 100.)

M. Farabeuf montre une pièce recueillie à l'Ecole pratique,

et qui est peut-être, dit-il, un exemple unique de lipome intramusculaire. Cette petite tumeur évidemment graisseuse était développée dans le muscle couturier, au-dessous de l'aponévrose, au milieu des fibres musculaires elles-mêmes.

OBSERVATIONS VI.

Lipomes intra-musculaires symétriques.

Par Ch. Rémy, interne des hôpitaux. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1876 pag. 136).

Le 11 janvier 1876, un homme de soixante ans, palefrenier, entre dans le service de M. Labbé, à la Pitié, pour y être soigné des suites d'une chute.

Il présente diverses affections, mais une surtout sur laquelle je veux insister.

Lorsque le biceps brachial *droit* est en contraction, on est frappé de sa configuration extraordinaire. Au niveau de l'union de la longue portion du biceps avec les fibres musculaires, se forme une saillie conique haute de deux centimètres et large comme une pièce de 2 francs. Cette tumeur n'est pas adhérente à la peau qui glisse sur elle, mais elle ferait faire corps avec le muscle lui-même dont on ne peut la détacher. Néanmoins elle n'offre pas la même consistance que le corps du muscle, et elle donne la sensation pseudo-fluctuante et molle du lipome, tout en présentant plus de dureté. La saillie de cette tumeur disparaît presque complètement dans l'état de repos, mais on peut encore constater sa présence dans l'épaisseur du muscle au niveau du biceps brachial *gauche* dans un point presque exactement symétrique avec la lésion du côté droit. Vers le milieu des fibres de la longue portion du muscle, se remarque une seconde tumeur qui présente des caractères à peu près identiques. Cette tumeur fait saillie pendant la contraction

musculaire ; plus petite, elle a la forme et le volume d'une amande et donne tout à fait la sensation du lipome. Elle est libre d'adhérences avec la peau, et paraît renfermée dans la po-névrose d'enveloppe du muscle pendant le repos duquel ses caractères ne changent pas. Ces deux tumeurs symétriques, parfaitement indolores, avaient passé inaperçues du malade jusqu'à cette heure, et l'époque de leur apparition ne peut être fixée. Aucune autre tumeur musculaire ne fut découverte.

Ces tumeurs furent l'objet de plusieurs diagnostics : parasites des muscles, gommès syphilitiques, hernie musculaire, lipomes intra-musculaires.

Ici, il ne pouvait être question que de ces deux dernières hypothèses ; or, la hernie musculaire produite pendant la contraction se réduit spontanément à l'état de repos du muscle. Mais ici, au contraire, il s'agissait d'une tumeur qui persistait, même après la flaccidité du muscle. — Le malade mourut d'une pneumonie fibrineuse le 9 février 1876.

Autopsie. — Les muscles biceps du sujet contiennent de petites tumeurs situées au point déjà signalé.

A gauche. — Sous l'aponévrose d'enveloppe du muscle apparaît une petite tumeur nettement limitée en forme d'amande et de couleur jaune qui écarte les fibres musculaires superficielles, et se prolonge dans l'épaisseur du muscle comme on peut s'en assurer en l'ouvrant par sa face postérieure. Après l'incision de la tumeur, il est évident qu'on a affaire à un lipome développé dans le tissu interstitiel des fibres musculaires.

La tumeur du biceps *droit* était plus dure et de couleur blanchâtre, fibreuse ; elle adhérait intimement aux fibres musculaires et à l'aponévrose : sur une incision elle ne présentait pas de traces de graisse, néanmoins cette tumeur nous paraît résulter de la transformation fibreuse d'un lipome, comme cela s'observe souvent.

Cette dernière interprétation de la transformation fibreuse du lipome nous paraît tellement vraie, et nous

l'avons vue si souvent émise, que nous n'avons pas hésité à faire figurer dans ce travail l'observation de M. Pitres, bien qu'il y soit dit à la fin que la tumeur était un fibrome ayant subi la dégénérescence adipeuse. — Le contraire nous paraît très probable.

OBSERVATION VII

Lipome intra-musculaire développé dans la gaine du vaste interne.

Par M. Eug. Monod, interne des hôpitaux (*Bulletins de la Société anatomique*, 1876, p. 505).

M. X..., âgé de 50 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Il y a un mois il s'aperçut par hasard, en portant la main sur la cuisse gauche, qu'il portait à la partie antérieure et interne de cette région une tumeur de la grosseur d'un gros poing d'adulte. Il n'en avait jamais souffert. La tumeur était molle, fluctuante. Elle faisait manifestement corps avec le vaste interne, car elle devenait immobile en même temps que plus saillante pendant la contraction de ce muscle. La consistance n'était pas égale dans toutes les parties : on sentait, en palpant profondément, des parties plus résistantes.

M. Desprès, d'accord avec le médecin de M. X..., n'hésita pas à lui proposer une opération dans la crainte qu'on eût affaire à une tumeur fibro-plastique. Malgré cette crainte que justifiait le développement rapide de la tumeur, M. Desprès avait émis d'autres hypothèses sur la nature possible du mal, c'est-à-dire celle d'un *kyste hydatique*, d'un *lipome*, et enfin celle d'un *hematome* transformé, en raison d'une chute violente que le malade avait faite quelques années auparavant. M. Richet, que M. X... consulta, diagnostiqua un lipome fibreux, et conseilla également l'opération. Celle-ci ne présenta aucune diffi-

culté; après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, M. Desprès arriva sur la gaine du vaste interne qui fut ouverte; c'est seulement après l'incision d'une couche fibromusculaire que la tumeur apparut; elle s'était creusé une vaste loge au milieu même de la substance du muscle. Elle se composait de deux lobes superposés, dont l'inférieur se prolongeait profondément dans le muscle, tandis que le supérieur formait seul la saillie appréciable à l'extérieur. La tumeur enlevée entièrement par énucléation pesait 450 gr. A la surface de la membrane d'enveloppe adhéraient quelques fibres musculaires disséminées. Elle avait tous les caractères d'un lipome franc: l'examen histologique fait par M. Ch. Monod a confirmé ce diagnostic.

Réflexions. — Ce fait est remarquable par le siège de la tumeur. Les cas très rares observés dans la gaine d'un muscle se rapportent à des lipomes de la langue (*Bull. Soc. anat.*, 1854, 1866).

Rappelons cependant que M. Farabeuf a présenté à la Société un lipome développé dans la gaine du muscle couturier. La présence d'un lipome dans la gaine du muscle vaste interne est assez applicable suivant M. Desprès, car entre les insertions de ce muscle sur le fémur, il y a normalement une notable quantité de graisse.

OBSERVATION VIII.

*Lipome volumineux développé dans la gaine du muscle droit
antérieur de la cuisse.*

Par M. Féré, interne des hôpitaux.

Bulletins de la société anatomique, mai 1881, page 329.

M. Féré présente à la Société un lipome volumineux pesant 2590 gr. d'une forme assez régulièrement ovoïde, offrant à la coupe un aspect assez homogène, sans traces de lobulation. Cette tumeur était développée sous le feuillet antérieur de la

gaine du muscle droit antérieur de la cuisse gauche : elle était très adhérente à cette couche fibreuse, et les fibres des muscles étaient disséminées, étalées sur sa face profonde. La femme qui la portait était âgée de 73 ans, et la voyait grossir depuis 20 ans. Elle avait plusieurs fois repoussé l'opération. Du reste ce lipome qui se portait sur le côté externe de la cuisse, n'apportait pas de gêne trop grande à la marche. Elle ne portait point d'autre tumeur de même nature.

Cette pièce ajoute M. Féré, vient à l'appui de l'opinion de M. A. Desprès, à savoir que les lipomes volumineux et uniques siègent rarement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais plutôt au-dessous de l'aponévrose.

OBSERVATION IX.

Lipome de la langue.

Par M. Cauchois.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1883, p. 572. Rapport de M. S. Pozzi.

Homme de 53 ans, en proie à une tuberculisation avancée. Depuis trois ans les mouvements de la langue sont très gênés. Cet organe présente sur chacun de ses bords libres une tuméfaction notable, objet de la préoccupation du malade.

C'est une double série de bosselures de volume inégal, mais appartenant bien pour chaque côté à une même masse, allongée dans le sens du bord libre sur une étendue de 4 1/2 à 5 centimètres, et n'arrivant pas tout-à-fait jusqu'à la pointe de la langue. La consistance est par toute la masse uniformément élastique, plus accusée quand le malade fait saillir et maintient la langue au dehors, en même temps que les bosselures sont plus saillantes.

La muqueuse linguale qui recouvre ces tumeurs est saine,

mais présente une coloration jaunâtre due à sa transparence qui laisse apercevoir la couleur du tissu de la tumeur.

A tous ces caractères, il est impossible de méconnaître un lipome.

Malgré une tuberculisation avancée, M. Cauchois croit devoir donner satisfaction à son malade et l'opère.

Incision sur toute la partie médiane de la tumeur, qui coïncidait avec le bord libre de la langue. La dissection de la tumeur est plus laborieuse qu'on ne s'y était attendu. On peut enlever deux masses principales représentant le volume d'une amande, mais au-dessous d'elles il restait encore une véritable grappe lipomateuse, et le tissu musculaire lingual sous-jacent en était comme infiltré.

L'opération fut par suite un peu incomplète. Il y eut un petit abcès de la langue qui guérit.

Le malade succomba 3 mois après l'opération emporté par les progrès de sa tuberculose.

Voici le résultat de l'examen de la langue à l'autopsie.

Du côté opéré nous retrouvons encore près de la pointe de la langue en avant par conséquent de l'extrémité antérieure de la ligne cicatricielle de l'incision, un petit lobule lipomateux situé dans l'épaisseur des fibres musculaires. Il est de la grosseur d'un petit pois : en raison de ces dimensions il est probable qu'il nous a échappé le jour de l'opération.

Sur le bord droit de la langue nous disséquons une tumeur lipomateuse du volume d'une amande assez facilement énucléable du tissu musculaire sur certains points, et constituée aussi par une agglomération de lobules graisseux de toutes les grosseurs.

Histologiquement ce sont de purs lipomes.

Il y a donc bien deux lipomes de la langue situés symétriquement sur chaque bord libre.

BIBLIOGRAPHIE

- Albers. — Virchow Archiv, t. X, p. 125.
Bulletins de la Société anatomique, 1854, 1866, 1876, 1881.
— — de chirurgie, 1881, 1883.
Bouisson. — Dict. encyclop., art. Langue.
Broca. — Traité des tumeurs.
Cruveilhier. — Anat. pathologique, 1856.
Cornil et Ranvier. — Histologie pathologique, 1884.
Demarquay. — Dict. de méd. et de chirurg., art. Langue.
Desprès. — Des tumeurs des muscles, th. agrég. 1866.
Follin et Duplay. — Traité de path. externe.
Forster. — Anat. path. 1853.
Hénocque. — Dict. encyclopédique, art. Muscle.
Lebert. — Anat. path. 1857.
Le Dentu. — Dict. de méd. et de chir., art. Muscle.
Maisonneuve. — Th. de concours, 1848.
Nélaton. — Éléments de path. chirurg., t. I
— Gaz. des hôpitaux, 1851.
Paget. — Lectures on surgical pathology, 1853.
— On tumours. London, 1853.
Perrotte. — Th. inaug. 1857.
Reclus. — Manuel de path. ext.
Verneuil. — Société biologie, 1854.
Virchow. — Traité des tumeurs, trad. P. Aronssohn.

Wolkmann. — Archiv. f. Klin chirurg. vol. XX, fasc. 2,
1876.

Ch. Audiat. — Des kystes hydatiques des muscles, th.
inaug. 1886.

Vu :

le président de la thèse,

DUPLAY.

Vu :

Le doyen de la Faculté,

BÉCLARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

